

Alta de Cliente

www.asseguro.com.mx

Folio

Datos del Contratante

Nombre ______________________ RFC ______________________

Dirección ______________________

Municipio ______________________ C.P. ______________________

Celular ______________________ Estado ______________________

Email ______________________ Teléfono Casa ______________________

Datos del Asegurado (Siempre y cuando sea diferente al contratante)

Nombre ______________________

Teléfono ______________________ Email ______________________

Servicio Contratado

☐ AF ☐ BX ☐ PS ☐ GS ☐ AUTO ☐ CASA

☐ GNP ☐ MP ☐ SN ☐ AZ ☐ VIDA ☐ GMM

OTRO ______________________

Forma de Pago

☐ A ☐ S ☐ T ☐ M ☐ X24

☐ X20 ☐ D15 ☐ DJ ☐ MQ ☐ MM

Datos Bancarios

Banco ______________________ ☐ TD ☐ TC ☐ DR

Código ☐☐☐☐ Vencimiento ☐☐☐☐

Tarjeta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Compra

Póliza ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Fecha D ☐☐ M ☐☐ A ☐☐☐☐

Costo ☐☐ , ☐☐☐ . ☐☐

Descuento ☐ , ☐☐☐ . ☐☐

INICIA

Q ☐☐ A ☐☐☐☐

TERMINA

Q ☐☐ A ☐☐☐☐

Autorizo a la sección ___________ para que por su conducto solicite a la instancia correspondiente, se descuente de mi cheque, las deducciones convenidas con el agente de seguros para el pago de las primas de mis seguros contratados.

Cláusulas

Autorizo al agente de seguros a realizar la renovación automática de la póliza contratada, salvo aviso de lo contrario para lo cual notificare al agente de seguros.

De no aplicarse con éxito los descuentos de mi póliza asumo el compromiso de pagar las primas pendientes directamente al agente de seguros o a la compañía aseguradora para evitar la cancelación de mi seguro.

De no saldarse las primas pendientes en el tiempo estipulado y esto conlleve a la cancelación de mi póliza eximo de cualquier responsabilidad al agente de seguros y a la compañía aseguradora ya que solo yo soy responsable de que mis pólizas estén pagadas en tiempo y forma.

*En caso de cancelación anticipada a petición del contratante y mi descuento ser a través de nómina estoy enterado/a de que el descuento seguirá activo de 2 a 3 quincenas más a partir de la fecha de cancelación, esto con el objetivo de cubrir el pago de las primas pendientes al inicio de la vigencia del seguro.

*En caso de que la factura de la unidad asegurada sea falsa o apócrifa, será rechazada la indemnización de la pérdida total y robo total, por lo que deslindo al agente de seguros y a la compañía aseguradora de cualquier responsabilidad ya que la responsabilidad de verificar que la documentación sea legal es única y total del adquiriente de la unidad.

Autorizo al agente de seguros **Ramón Antonio Sandoval Díaz** el uso de mis datos personales, patrimoniales y sensibles proporcionados para la solicitud de mis seguros y cotizaciones solicitadas, así como el manejo que entre las entidades financieras requieran para la apreciación del riesgo que deseo amparar a través de esta solicitud.

____

Nombre completo y firma

Representante de Ventas | **Representante Legal** | **Firma del Contratante**

Oficina Monterrey
Plaza Sirloin Linda Vista
Av. Miguel Alemán 5391 L-10
Col. La Purísima, Guadalupe, N.L.
(81) 1931 6058

Oficina Saltillo
Plaza MXS
Blvd. Luis Donaldo Colosio 2181 L-2
Col. San Patricio, Saltillo, Coahuila
(844) 364 8728 y 33

Oficina Torreón
Av. Morelos 160 Poniente
Col. Centro, Torreón, Coahuila
Al interior del Snte 35 2do piso
(871) 455 7071